	後期高齢者医療移送費支給申請書														
受付日 決定日	年 年	月 月	日日												
保険者番号					個人番号		! ! !				! ! !				
被保険者番号					移 受	被保険	者氏/	名							
公費負担者番号					送け	生年月日					年				目
公費受給者番号					をた	入外					割合				割
傷病名															
発病又は負傷 の原因	1 : 第三者行為(第三者の氏名 住所) 2 : その他(疾病等))		
発病又は負傷 の年月日 (療養開始日) 診療を受けた医療		年	月	F	1										
機関等の所在地 診療を受けた医療 機関等の名称															
申請理由															
移送経路															
移送年月日															
付添人の有無	有 → 付添人の氏名 無 付添人の住所														
移送に要した 費用の額															
振込先					行 引金庫 引組合 協)					支	本店・支	所	預金種別		序通 首座
口座番号						·					·				
口座名義人															
(カタカナ)															
口座名義人はカタカナ	で上段より	左づめて	で記入して	てください	。濁点・半濁点は	は1字として	、姓と名	の間	は1字	あけて<	ください。)		!	<u>:</u>
医師等の意見書 年	医師等の意見書及び移送に要した費用の額を証する書類を添え、上記のとおり移送費の支給を申請します。														
(宛先)静岡県後	後期高齢:	者医療	広域連	合長											
F	申請者	, -	住	所							_				
		<u>-</u>	氏	名							_				
		-	電話番	号 ()									